Merkblatt für Privatversicherte, Beihilfeberechtigte & Selbstzahler

Informationen zur Abrechnung biologischer und privatärztlicher Zahnheilkunde

ANGABEN Persönliche Daten der Patientin / des Patienten

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Straße & Hausnr.: _____ **PLZ & Wohnort:** _____

Versicherungsstatus: ☐ Privatversichert ☐ Beihilfeberechtigt

☐ Gesetzlich versichert mit Wunsch nach biologischer Privatbehandlung

HINWEISE Wichtige Grundlagen Ihrer Behandlung & Liquidation

Transparenz vor Behandlungsbeginn

Liebe Patientin, lieber Patient,
als Versicherte(r) einer privaten Krankenversicherung, einer Beihilfestelle oder als gesetzlich Versicherte(r) mit dem Wunsch nach einer ganzheitlich-biologischen Privatbehandlung erhalten Sie nach Abschluss bzw. Teilabschnitt Ihrer Behandlung eine ärztliche Liquidation nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Erstens · Direktes Vertragsverhältnis zwischen Praxis und Patient

Rechtlicher Vertragspartner der Zahnarztpraxis ist stets die Patientin bzw. der Patient persönlich – nicht die Privatversicherung, die Beihilfestelle oder die gesetzliche Krankenkasse. Der Ausgleich der Arztrechnung erfolgt daher unabhängig vom Zeitpunkt oder Umfang einer späteren Kostenerstattung durch Ihren Versicherer.

Zweitens · Erstattungspraxis & Analogabrechnung (§ 6 Abs. 1 GOZ / § 6 Abs. 2 GOÄ)

Die Erstattung von Arzthonoraren, zahntechnischen Eigenlabor-Leistungen sowie naturheilkundlichen Begleittherapien und Rezepten wird von den einzelnen Kostenträgern und Tarifen unterschiedlich gehandhabt. Neue, im Leistungsverzeichnis noch nicht enthaltene biologische Verfahren werden gemäß § 6 Abs. 1 GOZ / § 6 Abs. 2 GOÄ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (Analogabrechnung) berechnet.

Drittens · Persönliches Vertrauensgespräch bei Fragen

Uns liegt eine Behandlung in völliger Ruhe und Offenheit am Herzen. Sollte Ihnen eine fristgerechte Begleichung einer Rechnung im Einzelfall einmal nicht möglich sein oder wünschen Sie vorab einen detaillierten Heil- und Kostenplan bzw. Erläuterungen zu Abrechnungsziffern, wenden Sie sich bitte jederzeit vertrauensvoll direkt an mich.

Dieses Merkblatt habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich wünsche die Behandlung in der Zahnarztpraxis Dipl.-Stom. Ingrid Pahn auf Grundlage der oben genannten Vereinbarungen.

Ort, Datum Ichtershausen, den

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter X